

AULAS

AULA DE UROLOGÍA

Jueves, 3 de noviembre		
09:00-10:30	10:45-12:15	12:30-14:00
Taller: Rehabilitación de suelo pélvico en pacientes con incontinencia urinaria Ponentes: Dra. D.ª Noemí Pérez León Dr. D. José María Dios Díz	Taller: Rehabilitación de suelo pélvico en pacientes con incontinencia urinaria Ponentes: Dra. D.ª Noemí Pérez León Dr. D. José María Dios Díz	Seminario: Cribado de cáncer de próstata. Pros y contras Ponente: Dr. D. Francisco Brenes Bermúdez
Taller: Síntomas del tracto urinario inferior en el varón. ¿Cuál es su diagnóstico? Ponentes: Dr. D. Francisco Brenes Bermúdez Dr. D. Antonio Alcántara Montero	Taller: Síntomas del tracto urinario inferior en el varón. ¿Cuál es su diagnóstico? Ponentes: Dr. D. Francisco Brenes Bermúdez Dr. D. Antonio Alcántara Montero	

Seminario: Cribado de cáncer de próstata. Pros y contras

Francisco José Brenes Bermúdez

Médico de Familia, Centro de Atención Primaria Llefià, Badalona, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Urología SEMERGEN

El cáncer de próstata (CP) es el tumor más diagnosticado en el sexo masculino y la tercera causa de muerte por cáncer en el hombre, después del cáncer de pulmón y el colorrectal. Causa el 9-10% de las muertes por cáncer en el hombre en nuestro entorno. El 90-95% de los tumores primarios de próstata son adenocarcinomas epiteliales de tipo acinar.

Ante estos datos, entre los médicos y los pacientes en general, podemos pensar sobre los posibles beneficios que puede aportar una intervención precoz en el control de una patología potencialmente grave como el CP, por lo que la detección precoz mediante el cribado puede aliviar la incertidumbre que esta patología nos genera.

El cribado tiene como objetivo identificar los cánceres en una primera etapa tratable y, por tanto, aumentar las posibilidades de éxito en su tratamiento y el mantenimiento de la calidad de vida del paciente.

La realización del cribado del CP debe realizarse en ausencia de síntomas o indicios de enfermedad. Requiere de la utilización de pruebas diagnósticas. Estas pruebas diag-

nósticas incluyen: tacto rectal, PSA y biopsia transrectal ecodirigida.

Su realización en población asintomática es controvertida. No están claros sus beneficios y existen distintas opiniones sobre su realización o no.

Los médicos de atención primaria (AP) deben conocer las expectativas y los miedos que puede generarse con la realización del cribado de CP en el varón asintomático. Se debe informar a los pacientes de los pros y contras de la realización del cribado mediante el uso habitual del consentimiento informado en aquellos pacientes a los que se les ofrezca o lo soliciten.

No existe un criterio unificado entre las distintas asociaciones médicas sobre las condiciones en las que se debe ofrecer el cribado, salvo en aquellas situaciones de riesgo como son los antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primer grado y los pacientes afroamericanos.

En ningún caso se debe realizar el cribado de CP si el paciente no conoce las ventajas, limitaciones y los efectos

adversos asociados con el cribado. Los pacientes que reciben información detallada sobre los riesgos y beneficios relacionados con el diagnóstico precoz tienen una menor tendencia a elegir el cribado.

En el año 2009 se han conocido los resultados de dos grandes estudios sobre el cribado de CP iniciados en los años noventa. Uno realizado en Europa (N Engl J Med. 2009;360:1320-8) y otro en EE.UU. (N Engl J Med. 2009;360: 1310-9). Ambos publicados en marzo de 2009. Los resultados de estos dos estudios son contradictorios y no ofrecen respuestas claras. Ninguno de estos dos estudios ha demostrado que con la realización del cribado de CP exista una disminución de la mortalidad total. En el estudio europeo 1.410 hombres han de ser estudiados y 48 tratados con el fin de prevenir una muerte por cáncer de próstata. Los mismos autores hablan de un sobrediagnóstico del 50% y de la necesidad de establecer el beneficio-riesgo del cribado.

Un metaanálisis publicado en el año 2010 (BMJ. 2010;341:c4543), igualmente, en sus conclusiones no aprecia ventan-

jas en la realización sistemática del cribado de CP en la población general masculina.

La Asociación Europea de Urología, en el año 2010, considera que el CP es un importante problema de salud y una de las principales causas de muerte por cáncer masculino. Sin embargo, los actuales datos publicados son insuficientes para recomendar la adopción de cribado poblacional de CP como política de salud pública debido al gran efecto del sobrediagnóstico y del sobrtratamiento; además, debe tenerse en cuenta la repercusión en la calidad de vida, los costos y la rentabilidad.

Los individuos interesados en el cribado deben ser informados sobre riesgos, beneficios y exposición individual.

Los médicos de AP, antes de incluir la sistematización de una actividad de cribado de CP debemos valorar las consecuencias positivas y negativas de las distintas pruebas diagnósticas y de las medidas terapéuticas; para conseguirlo se debe realizar un análisis continuo de los beneficios y perjuicios.

Taller: Rehabilitación de suelo pélvico en pacientes con incontinencia urinaria

Noemí Pérez León^a y Lourdes Martínez Berganza^b

^aMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Llefià, Badalona, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología de SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Salud Mar Báltico, Madrid, España

Epidemiología

La prevalencia estimada de incontinencia urinaria (IU) varía considerablemente, según las diferencias existentes en cuanto a definiciones, metodología, epidemiología y características demográficas. Sin embargo, estudios prospectivos recientes han proporcionado muchos datos acerca de la incidencia de IU y su evolución natural.

Se ha calculado que la IU afecta al 5-69% de las mujeres y al 1-39% de los varones. En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones.

Factores de riesgo en las mujeres

- El embarazo y el parto vaginal son factores de riesgo importantes.
- La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. La investigación también indica que la restitución.

Factores de riesgo en el prolusión de órganos pélvicos (prevalencia del 5-10%)

- El parto incrementa el riesgo, el cual aumenta con el número de hijos.
- Histerectomía y otras intervenciones pélvicas.

Factores de riesgo en los varones

- Edad avanzada.
- Los síntomas del tracto urinario inferior.
- Deterioro funcional y cognitivo.
- Prostatectomía.

Vejiga hiperactiva (VHA)

La prevalencia de VHA en los varones adultos varía entre el 10 y el 26% y, en las mujeres adultas, entre el 8 y el 42%. Aumenta con la edad y, con frecuencia, aparece con otros STUI.

¿Qué elementos podemos utilizar para el diagnóstico?

Cuestionarios

1. ICIQ SF. Cuestionario para la incontinencia y calidad de vida (fig. 1).
2. Diario miccional (fig. 2).

Manejo de la IU según la Guía Europea de Urología (figs. 3 y 4)

El ICQ (*International Consultation on Incontinence Questionnaire*) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida

Por favor, conteste las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las últimas cuatro semanas:
Fecha de hoy/...../.....

1. Por favor, escriba su fecha de nacimiento:/...../.....

2. Usted es (señale cual): Mujer Varón

3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta):

Nunca 0
Una vez a la semana 1
2-3 veces/semana 2
Una vez al día 3
Varias veces al día 4
Continuamente 5

4. Identifique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta:

No se me escapa nada 0
Muy poca cantidad 2
Una cantidad moderada 4
Mucho cantidad 6

5. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria? Marque una cruz, en la siguiente lista, 0 (no me afecta nada) y 10 (me afectan mucho):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nada Mucho

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5:

6. ¿Cuándo pierde orina? señale todo lo que le pasa a usted:

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Sin motivo suficiente.
- De forma continua.

Figura 1

DIARIO MICCIONAL									
Paciente				Fecha					
									
MICCIONES NORMALES									
HORA	LÍQUIDOS		¿CUÁNTAS VECES?	CANTIDAD ORINADA		PÉRDIDAS INVOLUNTARIAS DE ORINA		ACTIVIDAD RELACIONADA CON LAS PÉRDIDA	SIN UTILIZAR PANALES ESPECIFIQUE CANTIDAD Y TIPO
	CANTIDAD	TIPO		POCO	MED.	ABUND	POCO		
12 m - 1 a.m.									
1 a.m. - 2 a.m.									
2 a.m. - 3 a.m.									
3 a.m. - 4 a.m.									
4 a.m. - 5 a.m.									
5 a.m. - 6 a.m.									
6 a.m. - 7 a.m.									
7 a.m. - 8 a.m.									
8 a.m. - 9 a.m.									
9 a.m. - 10 a.m.									
10 a.m. - 11 a.m.									
11 a.m. - 12 m.									
12 m. - 1 p.m.									
1 p.m. - 1 p.m.									
2 p.m. - 3 p.m.									
3 p.m. - 4 p.m.									
4 p.m. - 5 p.m.									
5 p.m. - 6 p.m.									
6 p.m. - 7 p.m.									
7 p.m. - 8 p.m.									
8 p.m. - 9 p.m.									
9 p.m. - 10 p.m.									
10 p.m. - 11 p.m.									

Figura 2

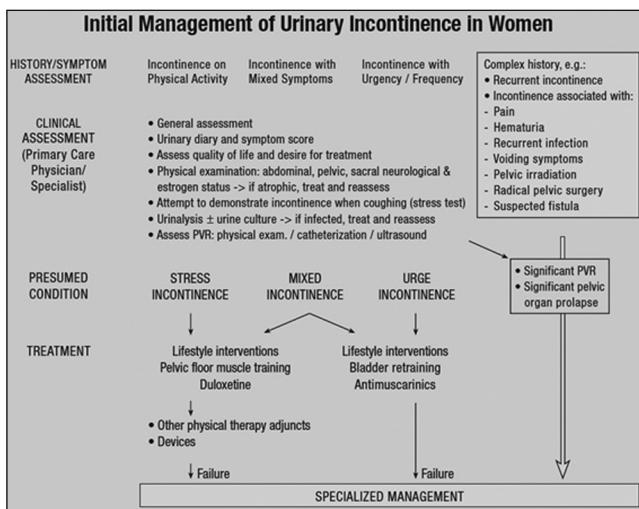


Figura 3

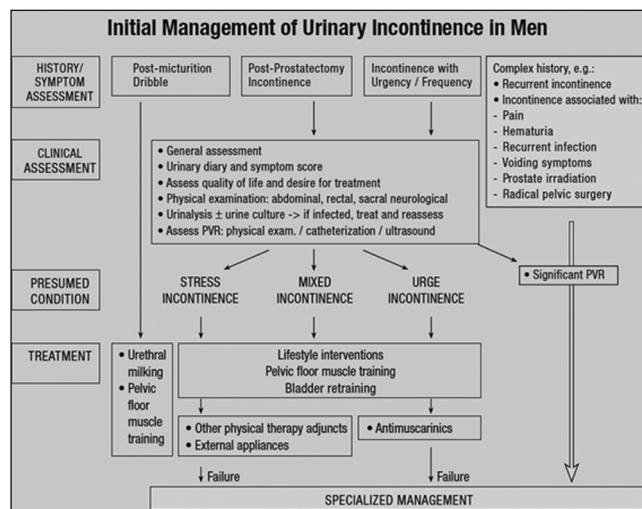


Figura 4

Recuerdo anatómico del suelo pélvico (fig. 5)

Músculos del suelo pélvico: obturador interno, elevador del ano, piriforme y coxígeo.

Músculo obturador interno

Se inserta:

- Borde anterior del agujero obturador, superficie cuadrilateral.
- Trocánter mayor del fémur (vértice de la cavidad digital).
- Atraviesa la escotadura ciática menor.

Acción: rotación lateral del muslo. *Inervación:* rama colateral del plexo sacro (L5, S1 y S2).

Músculo elevador del ano

Son 3 músculos: iliococcígeo, pubococcígeo y puborectal.

Acción: sostén de las vísceras pélvianas y esfínter anal. *Inervación:* rama del plexo sacro (3.ª raíz) y algunos filetes del nervio pudendo.

Músculo coccígeo

Inserciones: espina ciática, ligamento sacroespínoso y cóccix, sacro.

Acción: complementaria a la del elevador del ano. *Inervación:* rama de la 4.ª raíz sacra.

Músculo piriforme

Inserciones:

- Cara anterior del sacro, lateral a los forámenes sacros.
 - Parte media del borde superior del trocánter mayor.
- Se le consideran dos porciones: intrapélvica y extrapélvica.

Acción: rotación lateral del muslo. *Inervación:* rama colateral del plexo sacro (L5, S1 y S2).

Diafragma urogenital

- Músculo bulbocavernoso.
- Músculo isquiocaernoso.
- Músculo transverso superficial.
- Músculo transverso profundo.
- Músculo esfínter anal externo.

Rehabilitación del suelo pélvico

La fisioterapia pélvica se centra en la prevención y el tratamiento de todos los tipos de trastornos funcionales de las regiones abdominal, pélvica y lumbar como la incontinencia urinaria.

La fisioterapia está considerada a menudo como el tratamiento de primera elección dado su carácter no invasivo y los resultados en términos de alivio de los síntomas, la posibilidad de combinar fisioterapia con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo.

Las limitaciones son la motivación, la perseverancia tanto del paciente como del terapeuta y el tiempo que hay que emplear para llevar a cabo la fisioterapia.

Los recursos del fisioterapeuta pélvico incluyen intervenciones:



Figura 5

- El diagnóstico fisioterapéutico.
- La educación e información de los pacientes.
- El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (MSP).
- El entrenamiento de la vejiga (EV).
- El entrenamiento con conos vaginales.
- La estimulación eléctrica, la biorretroalimentación, etc.

La rehabilitación del suelo pélvico resulta eficaz para varios tipos de incontinencia. En la incontinencia de esfuerzo, para mejorar el mecanismo extrínseco de cierre de la uretra, mejora la fuerza y la coordinación de los músculos periuretrales y del suelo pélvico. Tienen especial indicación los ejercicios de Kegel.

En la hiperactividad del detrusor el objetivo de la fisioterapia es reducir o eliminar las contracciones involuntarias del detrusor mediante la inhibición del reflejo. Aquí, la terapia mediante estimulación eléctrica parece ser una intervención eficaz.

La prostatectomía radical es la causa más importante de incontinencia en los varones. Un programa adecuado de entrenamiento de la MSP después de la prostatectomía radical disminuye la duración y la extensión de la incontinencia y mejora la calidad de vida.

Factores que influyen en el éxito de la rehabilitación perineal:

1. Grado de incontinencia.
2. Edad.
3. Integridad esfinteriana.
4. Tono perineal.
5. No antecedentes quirúrgicos ni radioterápicos.
6. Fuerte motivación de la mujer.
7. Perseverancia en el trabajo.
8. Personal cualificado.
9. Seguimiento a corto y medio plazo.

La puesta en marcha de un programa de rehabilitación requiere 3 condiciones imprescindibles:

1. Que la paciente tenga conciencia de su periné.
2. Que logre aislar los grupos musculares que nos interesa fortalecer, relajando la musculatura parásita.
3. Motivación en la mujer para conseguir un buen aprendizaje y un adecuado cumplimiento del trabajo encomendado.

Se mostrará a los asistentes del taller de un modo práctico e interactivo cómo se enseña y cómo se realizan los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico.

Taller: Síntomas del tracto urinario inferior en el varón (STUI). ¿Cuál es su diagnóstico?

Francisco José Brenes Bermúdez^a y Antonio Alcántara Montero^b

^aMédico de Familia, Centro de Atención Primaria Llefià, Badalona, España. Coordinador del Grupo de Trabajo de Urología SEMERGEN

^bMédico de Familia, Centro de Salud Navas del Madroño, Cáceres, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Urología de SEMERGEN

Los STUI son una causa frecuente de consulta en atención primaria (AP), sobre todo en varones de 50 o más años de edad. Los STUI son una causa frecuente de alteración en la calidad de vida, tienen un importante impacto negativo en términos de malestar y alteración en la percepción del estado de salud. Existe en general una excelente correlación entre la afectación de la calidad de vida percibida por el paciente y la gravedad de los STUI.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es la causante de STUI en una gran proporción de pacientes, aunque no es la única causa de STUI en el varón. Siempre debemos descartar la presencia de otras patologías distintas a la HBP como generadoras de los STUI.

Hay evidencias de que los STUI en el varón se producen como consecuencia de afecciones tanto de la vejiga como de la próstata y de otros órganos vecinos. Los STUI no son indica-

Tabla 1 STUI

Síntomas de vaciado	Síntomas posmicturales	Síntomas de llenado
Dificultad de inicio miccional Disminución del calibre y fuerza del chorro miccional	Sensación de vaciado incompleto Goteo posmicturial	Urgencia miccional Nocturia Polaquíuria diurna Dolor suprapúbico Incontinencia por urgencia miccional
Micción intermitente y prolongada Retención de orina e incontinencia por rebosamiento		

tivos de ninguna patología concreta. Existen otras patologías del tracto urinario, cardíacas y metabólicas, que pueden manifestarse con síntomas parecidos, por lo que es muy importante que desde AP sepamos distinguir las distintas causas de STUI.

En el año 2001 el panel de expertos de la 5.^a International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia desaconseja la utilización del término prostatismo y recomienda la utilización del término STUI.

Divide los STUI en tres grupos (tabla): síntomas de llenado, síntomas de vaciado y síntomas posmicionales.

Cuando la causa de los STUI se deba a HBP se aconseja utilizar el prefijo STUI/HBP. Entre un 40-60% de los pacien-

tes afectos de STUI/HBP presentan clínica sugestiva de vejiga hiperactiva (VH), por lo que ambas patologías pueden compartir síntomas.

La evidencia disponible sugiere que los síntomas de VH pueden aparecer en los hombres, secundarios o de forma independiente de la HBP. No está claro que la HBP y la VH siempre tengan un origen fisiopatológico común.

La última versión de la guía NICE del año 2010 recomienda en la evaluación inicial de los pacientes afectos de STUI sugestivos de HBP la realización del diario miccional. Prueba que tiene una gran importancia en la valoración de la incontinencia de orina y la VH.

AULA DE RESIDENTES

Taller: Exploración sistematizada del aparato locomotor

M.^a Luz Alarcia Ceballos^a y Edurne López de Uralde Pérez de Alberni^b

^aMédico Residente de Cuarto Año, Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria, España

^bMédico Residente de Segundo Año, Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria, España

Objetivo general

El objetivo general consiste en el aprendizaje de maniobras básicas de exploración en articulaciones de rodilla, hombro, cadera y columna para acercarnos al diagnóstico concreto de las patologías osteomusculares de estas regiones anatómicas.

Objetivos específicos

– Abordaje de diagnóstico de patología osteomuscular a nivel de estas articulaciones.

– Diagnóstico diferencial de la patología osteomuscular de estas articulaciones.

Metodología

Se expondrán teóricamente las maniobras exploratorias que se deben realizar en estas articulaciones, y después se demostrarán sobre modelo humano, invitando a algún asistente a realizarlas.

Taller: Lesiones dermatológicas más frecuentes: la importancia de lo elemental

Inmaculada López Martín^a y Amor María Gil Díaz^b

^aMédico Residente de Tercer Año, Área Sudeste de la Comunidad de Madrid, España

^bMédico Residente de Tercer Año, Guadalajara Sur, Madrid, España

Resumen

La integridad cutánea se puede ver afectada por una gran variedad de estímulos, provocando una respuesta patológica y dando lugar a lo que denominamos lesiones elementales, que se clasifican en dos tipos, primarias y secundarias. Conocer estas manifestaciones y unos datos añadidos, como son el del tiempo de evolución, la localización y la distribución de dichas lesiones, así como los síntomas tanto locales

como sistémicos, puede permitir al médico de familia orientar el diagnóstico.

Objetivos

– Diagnóstico diferencial de las lesiones elementales.
 – Diferenciar las patologías dermatológicas más frecuentes según la localización de las lesiones elementales.
 – Conocer las características más importantes de dichas patologías

Taller: Manejo del paciente anciano polimedicado

Jesús Santianes Patiño^a y Cristina Ordiales García^b

^aMédico Residente de Segundo Año, Pola de Siero, Asturias, España

^bMédico Residente de Cuarto Año, Arriondas, Asturias, España

Objetivo general

Usar racionalmente los medicamentos en el paciente anciano.

Objetivo específico

Utilizar los criterios de STOPP/STAR como herramienta para seguimiento y control del paciente anciano polimedicado.

Metodología

Una breve introducción con la exposición de los criterios STOPP/STAR y presentación de casos clínicos utilizando los criterios.

Taller: Manejo integral del riesgo cardiovascular

Yona Yáñez Salazar

Médico Residente de Tercer Año, Sotresrio, Asturias, España

Objetivo general

Interpretación de las tablas de riesgo cardiovascular (RCV) en la población en general.

Metodología

Exposición teórica de las distintas tablas de RCV y presentación de casos clínicos.

Objetivo específico

Manejo de la prevención primaria en el paciente con RCV.

Taller: Peticiones radiológicas

Josefa Encarnación Cueto Pérez^a y María Dolores Loredo Rodríguez^b

^aMédico Residente de Cuarto Año. Pola de Laviana. Asturias, España

^bMédico Residente de Cuarto Año, Sotresrio, Asturias, España

Objetivo general

Mostrar el futuro de la radiología en AP.

Metodología

Revisión de las distintas técnicas radiológicas y sus indicaciones desde el punto de vista de la AP acompañada de imágenes (Rx simple; mamografía; ecografía; telemundo; TC helicoidal, y RM).

Objetivo específico

Aprender a gestionar el tipo de técnica radiológica según las distintas patologías.